Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 11 czerwca 1881. **№ 24.** Rok XX.

I. Badanie przyrządu wzrokowego w celu rozpoznawania jego chorób.

Wykłady kliniczne.

Podał Prof. Dr. **Lucyjan Rydel.**

Okulistyka, wyzwoliwszy się z rąk wędrownych szarlatanów i chciwych zysku partaczy, w które w wiekach średnich popadła, doczekała się nareszcie, w drugiéj połowie zeszłego stólecia, umiejętnéj uprawy od naukowo wykształconych lekarzy. Ale dopiero jéj odłączenie się od chirurgii a zdobycie sobie odrębnych katedr w początku naszego wieku, skrzętne korzystanie z wielkich odkryć w anatomii i fizyjologii oka, przyswojenie sobie i zużytkowanie zasad optyki i nowych poglądów patologii ogólnéj, wiekopomny wreszcie wynalazek wziernika ocznego nadały rozwojowi téj gałęzi nauki lekarskiéj tak potężny i skuteczny popęd, że nadaremnie szukalibyśmy w całéj historyi nauki lekarskiéj podobnego przykładu już nie wzbogacenia się i rozrostu którejkolwiek jéj gałęzi, ale równie doszczętnego przeobrażenia i zupełnego odrodzenia w tak krótkim przeciągu czasu. Nie mogło też okulistyki, tego niedawnego jeszcze kopciuszka nauki lekarskiéj, spotkać zaszczytniejsze uznanie niż z ust Helmholtza, który w mowie mianéj przed kilkunastu laty na Zjeździe przyrodników w Insbruku podał ją za wzór innym gałęziom nauki lekarskiéj, a to tak ze względu na wysoki stopień jéj udoskonalenia, jakoteż na ścisłe stosowanie przyrodniczéj metody badania.

Łatwo zrozumieć, że w obec tak potężnego a szybkiego rozwoju umiejętna uprawa i nauczanie okulistyki przejść musiały niebawem w ręce specyjalistów, oddających się jéj wyłącznie. W pół wieku po wstąpieniu Beera na pierwszą odrębną katedrę okulistyki (w Wiedniu 1812 r.) mógł też Graefe wyrzec śmiało, że: „jeżeli tacy mężowie jak Bowman i Donders, którzy zgłębiwszy geniuszem swoim wiedzę lekarską zwrócili się następnie do okulistyki, przyznają, że niełatwą jest rzeczą zapanować jednemu człowiekowi nad całym obszarem téj nauki, to przeciętne głowy akademickie, do których zdolności zastosowany jest plan naukowy, wyrzec się muszą chęci ogarniania i nauczania jedną częścią swojego mózgu okulistyki, a równocześnie resztą jego innéj gałęzi nauki lekarskiéj“. Słowa te, wystosowane do tych, którzy się umiejętnemu pielęgnowaniu i nauczaniu okulistyki poświęcają, a w tym zakresie tak prawdziwe, zaznaczają jak najwybitniéj stanowisko nowoczesnéj okulistyki, jako szczegółowéj, odrębnéj gałęzi wspólnego pnia umiejętności lekarskich, nie odnoszą się atoli bynajmniéj do czysto praktycznego wykonawstwa, do stosowania okulistyki do potrzeb życia praktycznego, a to wbrew zdaniu dość rozpowszechnionemu, że leczenie chorób ocznych nie może być zadaniem zwykłego lekarza praktycznego, lecz pozostać musi wyłącznym udziałem specyjalistów. Zupełnie bowiem inną jest rzeczą umiejętna uprawa i nauczanie, a inną wykonawstwo okulistyki. Pierwszemu podołać mogą przy dzisiejszym rozwoju nauki tylko specyjaliści, drugie jest aż do pewnego stopnia zadaniem i obowiązkiem każdego lekarza praktycznego, zwłaszcza na prowincyi. Nie posuwając wymagań tak daleko jak Graefe, który żądał, żeby, ze względu na nagłość niektórych przypadków jaskry, każdy lekarz wykonać umiał irydektomiję, obstawać przecież musimy przy żądaniu, żeby każdy lekarz przyswoił sobie pewien zasób wiedzy okulistycznéj, a zarazem pewien stopień wprawy i biegłości w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych. Z wyjątkiem bowiem większych miast, zamieszkanych przez specyjalistów, żaden lekarz na prowincyi nie może, choćby chciał, wymówić się zupełnie i usunąć od udzielania rady i pomocy chorym na oczy. Co do pewnéj kategoryi chorób ocznych nie można wprawdzie wymagać po każdym lekarzu nad to, żeby umiał poznać wcześnie grożące choremu niebezpieczeństwo, względnie wskazać potrzebę operacyi i czas do jéj wykonania najstosowniejszy, a to celem odesłania chorego po pomoc do specyjalisty; z leczeniem atoli przeważnéj większości, najczęstszych właśnie chorób oka, każdy lekarz praktyczny winien być dokładnie obeznanym, bo przekazywanie ich spe-

cyjaliście, częstokroć bardzo oddalonemu, jest z mnogich przyczyn czystém niepodobieństwem, a dla wielu chorych lekarz najbliższy jest i musi być jedynym i najlepszym. Ileż to ócz jednakże ulega zupełnemu zniszczeniu lub doznaje ciężkiego nadwerężenia wzroku z braku wczesnéj i umiejętnéj pomocy. Aż straszno pomyśleć o tém mnóstwie nieszczęśliwych noworodków, które zaledwie ujrzawszy światło dzienne tracą je na zawsze, marnieją fizycznie i moralnie i stają się na całe życie ciężarem społeczeństwa, zamiast użytecznymi jego członkami. Śluzotok, który ich o to kalectwo przyprawił, leczony wcześnie i należycie, kończy się tylko z nader rzadkiemi wyjątkami zupełném wyzdrowieniem, a przecież statystyka wykazuje, że 12 do 15% noworodków dotkniętych nim traci wzrok zupełnie i na zawsze, tudzież, że ci nieszczęśliwi stanowią 75% wszystkich wychowańców zakładów dla ciemnych. Zakłady te straciłyby niemal racyję bytu, gdyby każdy lekarz obeznany był należycie z leczeniem śluzotoku, niewymagającém przecież wielkich rzeczy! A jakież to przygnębiające wrażenie sprawia starzec, oślepły skutkiem jaskry, któremu specyjalista powiedzieć musi „za późno“, li dla tego, ponieważ lekarz miejscowy, zapytany o radę, kazał zwlekać podróż do specyjalisty aż do dojrzenia mniemanéj katarakty, t. j. aż do nastania zupełnéj ślepoty, która w jego przekonaniu oznaczać miała czas stosowny do zdjęcia zaćmy.

Nie będę mnożył tych smutnych przykładów, nie wymyślonych bynajmniéj przy zielonym stoliku lecz zaczerpniętych z codziennego niemal życia, bo i te które przytoczyłem dowodzą, jak sądzę aż nadto, że żaden lekarz praktyczny obejść się nie może bez pewnéj wprawy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych.

Nie mniéj potrzebną jest również znajomość okulistyki dla lekarzy sądowych. Dość jednak przejrzeć oględziny i orzeczenia sądowo-lekarskie w sprawach uszkodzeń oka, nadsyłane Wydziałowi lekarskiemu do dania ostatecznéj opinii, aby się przekonać jak mało rozpowszechnioną jest między lekarzami znajomość najprostszych sposobów badania (nie mówiąc już o badaniu wziernikowém) i zasadniczych wiadomości okulistycznych.

Ale pomijając nawet potrzebę wykształcenia okulistycznego ze względu na choroby samego oka, to jest ono dla każdego lekarza ważném ze względu na ścisły związek, zachodzący między najrozmaitszemi zboczeniami przyrządu wzrokowego a licznemi cierpieniami ustroju. Znane są powszechnie wielorakie stosunki tego rodzaju, wkraczające w patologiję innych przyrządów, a niektóre z nich mają wielką i bezpośrednią doniosłość praktyczną. Wszak zboczenia w odległych nawet przyrządach, jak serce, nerki, macica, mózg i rdzeń pacierzowy, tudzież ogólne cierpienia ustroju jak kiła, zołzy, gruźlica, cukrzyca, białkomocz, białaczka itd. uwidoczniają się nierzadko nasamprzód w przyrządzie wzrokowym a warunkiem zrozumienia pewnych części patologii ogólnéj jest znajomość okulistyki.

Mimo to wszystko ogół lekarzy nie stara się przecież o należyte wykształcenie w okulistyce, a poprzestając na najogólniejszych zaledwie w téj mierze pojęciach, na kilku w przelocie pochwyconych receptach, zaspakaja sumienie wymówką, że okulistyka jest specyjalnością, któréj oddawać się nie jest zatém rzeczą ani obowiązkiem każdego lekarza. A przecież ci sami lekarze poczuwają się do obowiązku doskonalenia się w chirurgii, położnictwie, nauce o chorobach skórnych i kiłowych itd., jak gdyby te nauki, a nawet sama medycyna wewnętrzna, nie były również odrębnemi gałęziami nauki lekarskiéj, którym liczni specyjaliści poświęcają się wyłącznie. Żadna z wymienionych nauk nie jest ani więcéj ani mniéj od okulistyki specyjalnością w obec całego obszaru nauk lekarskich, a tak jak w każdéj z nich lekarz praktyczny posiadać winien pewne wykształcenie, choć żadnéj nie oddaje się szczegółowo, tak samo téż i w tym samym stopniu uwzględniać on winien okulistykę.

Do błędnego pojmowania stosunku okulistyki do całego obszaru i pojedyńczych gałęzi nauki lekarskiéj i zaniedbywania jéj przez ogół lekarzy praktycznych przyczynia się dość rozpowszechnione, a przesadne mniemanie o trudnościach téj nauki. Do zapanowania nad całym zakresem i zgłębienia okulistyki, jakiego od specyjalisty wymagamy, potrzeba wprawdzie studyjów przygotowawczych, różnych nauk pomocniczych, długoletniéj mozolnéj pracy i doświadczenia, ale przyswojenie sobie niezbędnéj dla każdego lekarza praktycznego znajomości licznych a tak częstych chorób oka, oraz wprawy w ich rozpoznawaniu i leczeniu nie ulega bynajmniéj większym trudnościom od tych, które lekarz w zakresie innych gałęzi nauki naszéj pokonać musi. Przypadki trudniejsze, rzadsze, powikłane i wymagające operacyi odesłać on może do specyjalisty, podobnie jak to czyni z przypadkami chirurgicznemi itd.

Na brak sposobności wykształcenia się w okulistyce uczniowie w Uniwersytetach naszych użalać się nie mogą. Austryja bowiem ma tę zasługę, że uznawszy ważność okulistyki pierwsza ustanowiła osobne katedry i kliniki okulistyczne, w czém ją inne państwa, jak Francyja i Niemcy w ostatnich dopiero czasach naśladowały. Jedno coby zarzucić można naszym Uniwersytetom, to zbyt szczupły wymiar obowiązkowego uczęszczania na okulistykę przez jedno półrocze. Nauczony kilkoletniém doświadczeniem nauczycielskiém, że w tym przeciągu czasu nie podobna nabyć należytéj wprawy w rozpoznawaniu i leczeniu chorób ocznych, dokładam starań, żeby uczniowie moi wdrożyli się w klinice przedewszystkiém w systematyczne badanie i poznali dokładnie jego sposoby i środki a to w tém przekonaniu, że badając ściśle, systematycznie i umiejętnie dadzą sobie i przy mniejszéj wprawie łatwiéj radę z przypadkami okulistycznemi, które im się w przyszłéj ich praktyce wydarzą. W tym celu wykładam od lat kilku na początku każdego roku szkolnego obszernie o badaniu przyrządu wzrokowego i ćwiczę następnie uczniów przez całe półrocze w badaniu i rozpoznawaniu chorób ocznych, nalegając przy tém na ścisłe zachowanie systematycznego porządku. Zaproszony przez szanowną Redakcyję do ogłoszenia tych wykładów w łamach Przeglądu Lekarskiego czynię to tém chętniéj, ile że z wyjątkiem zbyt krótkiego rysu w podręczniku E. Meyera (po francusku 1875), przełożonym przez Blocka na język niemiecki, a przez Kośmińskiego na polski (Warszawa, 1875), tudzież niektórych wskazówek w dziele prof. Szokalskiego, wszystkie znane mi podręczniki niemieckie i francuskie zupełnie pomijają ważną rzecz o badaniu przyrządu wzrokowego.

* * *

Rozpoznanie niektórych cierpień przyrządu wzrokowego nie przedstawia wielkich trudności, bo zmiany chorobowe są tak widoczne i uderzające, że je przy niejakiéj wprawie łatwo gołém okiem spostrzedz, ich rodzaj i siedzibę oznaczyć, a pomiędzy niemi pierwotne od następczych odróżnić. W tych przypadkach jest téż i badanie proste a krótkie i nie wymaga osobliwego zachodu ani żadnych szczególnych środków pomocniczych. W innych atoli przypadkach nie jest tak łatwém

zadanie lekarza, który dopiero po szczegółowém zbadaniu wszystkich błon i środków łamiących oka, po dokładném oznaczeniu właściwéj jego czynności i należytém uwzględnieniu stanu zdrowia ogólnego i pojedyńczych narzędzi ustroju, wywiadów i uczuć podmiotowych chorego rozpoznać może trafnie istotę i siedzibę choroby. W tychto przypadkach lekarz znać musi stosowne sposoby badania, posługiwać się niemi biegle i umiejętnie, używać pewnych narzędzi optycznych i trzymać się w badaniu ściśle raz na zawsze przyjętego porządku, zastanawiając się nad pojedyńczemi częściami narządu wzrokowego w kolei, w jakiéj anatomicznie z przodu ku tyłowi po sobie następują. Ścisłego zachowania takiego porządku w badaniu, bez którego i najbieglejszy nie obejdzie się w przypadkach trudnych, nie mogę dość zalecić uczącym się i w ogólności mniéj wprawnym w każdym przypadku. W ten tylko bowiem sposób początkujący nabyć może w stosunkowo krótkim czasie jakiéj takiéj wprawy i pewności w rozpoznawaniu, a mniéj doświadczony ustrzedz się przeoczeń i pomyłek, częstokroć wcale nieobojętnych dla dobra chorego i swojéj własnéj reputacyi.

Jak rozpoznawanie innych chorób ustroju tak też i rozpoznawanie chorób ocznych opiera się na dwóch gromadach przypadów. Pierwszą z nich — gromadę przypadów przedmiotowych — stanowią te wszystkie zmiany chorobowe, które lekarz za pomocą zmysłu widzenia i dotykania spostrzega; do drugiéj należą objawy podmiotowe, mianowicie wszelkie zboczenia właściwéj czynności oka, bóle i inne uczucia nieprawidłowe, których chory doświadcza. Tak jedne jak i drugie ważne są dla lekarza, nie ma przecież wątpliwości, że najpewniéj polegać możemy na têm, co sami, za pomocą własnych zmysłów, spostrzeżemy, że więc objawy przedmiotowe, niezawisłe od względnych i nieokreślonych skarg chorego, od jego zeznań często chwiejnych, niejasnych i bałamutnych, a niekiedy nawet z umysłu nierzetelnych, dają lekarzowi nierównie większą pewność, a têm samém stanowić muszą główną podstawę jego sądu. Jest to tak dalece prawdą, że właśnie te z przypadów podmiotowych, co do których nie potrzebujemy polegać wyłącznie na zeznaniach chorego, mogąc je do pewnego stopnia sprawdzić przedmiotowo, jak wszelkie zboczenia czynności oka, nabierają pod względem rozpoznawczym szczególniejszego znaczenia, jakiego innym, czysto podmiotowym przypadom, przyznać nie podobna. Skoro więc przypady przedmiotowe stanowią główną podstawę rozpoznania, od nich tedy rozpoczynać należy badanie, a dopiero następnie uzupełniać obraz chorobowy objawami podmiotowemi i szczegółami odnoszącemi się do wywiadów.

Śledzenie przedmiotowych zmian chorobowych odbywa się, jak już nadmieniłem, w małéj części za pomocą obmacywania, głównie zaś za pomocą oglądania; a ta ich przystępność dla najdoskonalszego z naszych zmysłów jest właśnie jedną z okoliczności zapewniających rozpoznawaniu chorób ocznych tę ścisłość i pewność, które je czynią wzorem dyjagnostyki lekarskiéj.

Oglądać możemy już to okiem gołém, już też uzbrojoném w lupę lub wziernik, posługując się w miarę potrzeby i okoliczności światłem dzienném lub sztuczném.

Całość badania przyrządu wzrokowego składają zatém trzy części, a mianowicie:

1) Poszukiwanie zboczeń i zmian chorobowych w częściach dodatkowych przyrządu wzrokowego, jako też w częściach przodkowych saméj gałki ocznéj, odbywające się już to przy świetle dzienném, okiem gołém lub za pomocą lupy, już też przy świetle sztuczném za pomocą tak zwanego oświetlenia ogniskowego czyli bocznego.

2) Badanie środków łamiących i dna oka za pomocą wziernika.

3) Oznaczenie wszelkich zboczeń właściwéj czynności oka i uczuć nieprawidłowych.

Pierwsze i drugie stanowi część przedmiotową, trzecie zaś część podmiotową badania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału Docenta Dra Pareńskiego.

Zapalenie opon mózgowych i rdzenia pacierzowego nagminne.

(Meningitis cerebrospinalis epidemica).

(Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu ś. Łazarza w latach 1876—1880).

Skreślił Dr. Wład. Ant. Gluziński.

(Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

IX. Rozalija G., l. 26, służąca, przyjęta d. 21 lutego 1879. Przez 4 dniami dreszcz, potém ból głowy i odnóg. Odżywienie dobre, ciepł. 40·6° C., tęt. 108. Język suchawy. W płucach zmian nie ma; tony serca głuche; śledziona od 8 żebra na 2 palce pod łukiem macalna. *Herpes* na wardze górnéj, podniebieniu twardém i miękkiém; różycowate zaczerwienienia na skórze goleni i przedramionach. Przechylenie głowy ku przodowi niemożebne, mięśnie karkowe miernie napięte, bóle głowy, karku i krzyżów; mierna przeczulica. W moczu spory ślad białka; brak stolca od 3 dni. Dziesięć dni z rzędu ciepłota utrzymywała się podniesioną między 38—39° C., tęt. 72—104; silne bóle głowy i karku. Dzień 6/III był pierwszy z ciepłotą prawidłową, odtąd przypady wszystkie ustępowały, rekonwalescencyja przedłużyła się jednak przez wystąpienie róży na twarzy.

X. Stanisław G., l. 14, przybył d. 27 kwietnia 1879. Przed 3 dniami nagle rozpoczęła się choroba od wymiotów, biegunki, silnego bólu głowy, majaczenia. Budowa mierna; odżywienie liche. Ciepł. 38·2° C., tęt. 120. Płuca i serce prawidłowe; śledziona macalna. Głowa w tył wygięta, stos pacierzowy stanowi liniję prostą. *Herpes* na wardze górnéj. Ból głowy i wzdłuż stosu pacierzowego szczególniéj jednak w karku. Dalszy przebieg nie przedstawiał nic ciekawszego. Ciepłota z wyjątkiem kilku podskoków utrzymywała się prawie w granicach prawidłowych; tętno nieproporcyjonalnie szybkie, bo 100—112 wynoszące. W 7 dniu choroby utracił chory słuch. D. 1/V pojawił się ból w stawie barkowym lewym, który, podobnie jak ból głowy i stosu kręgowego, jużto zwalniał jużteż wzmagał się i aż koło 29/V razem z tamtemi i z napięciem mięśni karkowych ustąpił. W dniu 7/V i 8/V dość znaczne cieczenie krwi z nosa. Śledziona wśród choroby powiększyła się, a w d. 19/V sięgała od 8 żebra i była wyraźnie macalną. Stolec tylko za pomocą środków przeczyszczających. W d. 16 czerwca chory opuścił szpital w zupełnie dobrym stanie zdrowia, jednak niedosłyszenie pozostało znacznego stopnia.

XI. Maryjanna B., l. 33, żona wyrobnika, przyjęta d. 29 maja 1880. Po jednorazowym dreszczu w dniu poprzedzającym nagła utrata przytomności. *St. praesens* d. 29/V.

W wewnętrznych organach zboczeń nie ma; śledziona niepowiększona. Mięśnie karkowe napięte; chora nieprzytomna, niespokojna. Między 30/V—13/VI ciepłota 38—39·7° C., tętno 78—96; w d. 31/V odzyskanie przytomności, która w ciągu całéj choroby już nie została zamąconą. Napięcie mięśni karkowych w jednéj mierze. Ból głowy nadzwyczaj silny, wzdłuż stosu pacierzowego mniejszy. Chora całe noce spędzała bezsenne, często niespokojna. W d. 2/VI *herpes* na wardze górnéj; w d. 6/VI i 14/VI objawy zapadu; sinica; odnogi chłodne; w następnych dniach stan ten mijał. Od 16/VI—29/VI ciepłota nieregularnie wahała się jużto spadając do 36°C., jużteż podnosząc się do 39·5° C.; tętno między 78—88. Bóle głowy i wzdłuż stosu pacierzowego naprzemian większe lub mniejsze, bardzo dolegliwe w części lędźwiowéj, zkąd rozpromieniały się do odnóg dolnych. Po 29/VI ciepłota już nigdy się nie podniosła ponad 37·5°C. D. 5/VII spostrzeżono upośledzenie władzy odnóg dolnych, które przez kilka dni wzmagało się. D. 16/VII chora chodziła o własnych siłach, wyglądała znacznie lepiéj, bóle ustąpiły i w stanie zupełnego wyleczenia opuściła chora szpital w dniu 20 czerwca.

Przytoczywszy te 6 przypadków z pomyślném zakończeniem należałoby się zastanowić, o ile te przypadki różnią się od poprzednich, czy mają w sobie coś charakterystycznego, po czém *a priori* możnaby powiedzieć, że przebieg tego przypadku będzie pomyślnym. I nie długo się znowu zastanawiając możemy wprost się przyznać, że ani jednego punktu oparcia znaleść nie możemy, bo ani gorączka i tętno, ani przypady mózgowe i rdzeniowe, nie zawierają w sobie nic cechującego, pewną różnicę od przypadków z innych działów stanowi tylko senzoryjum, które u pięciu z sześciu naszych chorych przez cały ciąg choroby było niezajęte, a u jednego tylko (XI) pierwsze dnie przebiegały wśród zupełnéj utraty przytomności, sprawa chorobowa ciągnęła się téż u niego najdłużéj, bo 50 dni.

C) Forma intermitująca.

Do téj formy zaliczyć możemy tylko jeden przypadek, ten jednak jest dość typowym, spotkaliśmy się z nim u

XII. Edmunda W., l. 14, ucznia stolarskiego, przyjętego do szpitala d. 18 listopada 1876. Przed 3 dniami rozpoczęła się choroba od bólu głowy, wymiotów i bólu gardła. Ciepł. niepodwyższona, tęt. 84. Narząd oddechowy i krążenia prawidłowy. Zaczerwienienie dość znaczne podniebienia miękkiego i połyku. Śledziona niepowiększona. Senzoryjum lekko zajęte, majaczenia czasami, ból głowy. *Herpes* na wardze górnéj. Do 4/XII temp. zupełnie prawidłowa, tętno wahało się między 96 a 120; przytomność zupełna; stolec tylko za pomocą środków przeczyszczających. Dnia 4/XII silny dreszcz; ciepłota, która już poprzedniego dnia podniosła się do 38·2° C., podskoczyła do 39·6° C.; silny ból w tyłogłowiu i karku, głowa w skutek napięcia mięśni karkowych w tył przegięta. Stan ten trwał dni trzy, t. j. do 8/XII. Dzień 9 i 10 grudnia przebiegał ze zwolnieniem przypadów, ciepłota opadła do 36° C. 11/XII powtórny dreszcz, podniesienie ciepł. do 39·4° C.; głowa znów wygięta. Po trzech dniach stopniowo powrócił stan normalny, tętno tylko utrzymywało się jeszcze pewien czas na swojéj pierwotnéj wysokości 108; napad się już nie powtórzył; chory 19/XII opuścił szpital wyleczony.

Jak z tego opisu widzimy, mieliśmy podczas 27dniowego trwania choroby trzy ataki, zaczynające się od dreszczu, podniesienia ciepłoty i wystąpienia przypadów mózgowych i rdzeniowych, ataki trwające trzy do czterech dni. O formie téj już Vieusseux wspomina, tłumaczył ją jednak mylnie biorąc za *Intermittens perniciosa*, i dłuższego trzeba było czasu, nagromadzania obfitszego materyjału, aby rzecz postawić w należytém świetle, aby nie tylko tę formę, ale całą chorobę odłączyć od zimnicy. Zasługa to przeważnie Niemców (Hirsch, Niemeyer, Ziemssen i t. d.), oni podali momenta, oparte na przebiegu i obrazie geograficznym rozszerzenia się choroby, które stanowczo rzecz rozstrzygnęły. Z tego więc widzimy, że nie tylko ta forma, ale w ogóle *meningitis cerebrospinalis* nie ma wcale predylekcyi do okolic zimniczych, że w okolicach nieprzedstawiających dogodnych warunków dla powstawania przyrzutu zimniczego pojawiały się przecież dość często i silniejsze epidemije, co zdarzaćby się nie mogło, gdyby te objawy chorobowe były wynikiem przyrzutu zimniczego, który, jak wiemy, z miejsca swego powstania ani na tak dalekie przestrzenie przenieść się, ani do takich wysokości wzbić się nie może, aby z tego dało się wytłumaczyć wystąpienie téj choroby w tak różnych od siebie miejscach. Z drugiéj strony, dla lepszego przedstawienia sprawy, muszę wspomnieć o twierdzeniu, które w najnowszych czasach wypowiedział Froehlich (*Wiener Klinik 1881* z marca) opierając się na badaniu zjawisk metereologicznych, gruntu, stanu wody zaskórnéj, podczas ostatniéj epidemii w Lipsku, a mianowicie, że *meningitis cerebro-spinalis*, jakkolwiek nie identyczna z zimnicą, przecież w swojém powstawaniu ma wielkie do niéj podobieństwo i do chorób bagiennych zaliczoną być może. „Bo czyż sprzeciwia się loice, mówi ten autor, jeżeli przypuścimy jako przyczynę *meningitidis cerebro-spinal.* jakiś organizm, pewien grzybek, który wprawdzie innego rodzaju jak zimniczy, jednak wśród podobnych warunków wzrasta i rozmnaża się? Czy stoi w sprzeczności ze znanemi faktami, jeżeli przypuścimy, że może ten przyrzut jest mniéj wybrednym w wyborze miejsca powstawania, ale każdy na wpół przydatny grunt, każde bagno, każdą dolinę, gdzie zarodki jego padają, za dogodną dla siebie uważa, ażeby wśród niepomyślnych dla siebie warunków jednego roku wcale nie lub tylko sporadycznie wystąpić, a w innym pomyślnym znaczne ilości swoich zarodków na nowe siedliska wysłać lub niemi ludzi zaatakować? Czyż nie możemy sobie pomyśleć, że te zarodki są lżejsze, niż zimnicze, i dla tego mogą się przenieść nie tylko w najbliższe okolice, ale i rozszerzyć się na dalekie przestrzenie i wzbić się do znacznych wysokości?“ W jaki sposób autor przychodzi do tych wyników, odesłać muszę do wspomnionego artykułu, tu nadmienić tylko mogę, że przypuszczenie dla *meningit. cerebr.-spinal.* przyrzutu upostaciowanego nie jest już tylko przypuszczeniem teoretyczném, wyrozumowaném, ale ma swoją podstawę w spostrzeżeniach, jakie nam przyniósł r. 1880 i 1881. Aufrechtowi (*Deutsche med. Wochenschrift 1880* Nr. 4), w Magdeburgu udało się bowiem wykryć w dwóch zmarłych na tę chorobę *mirococci*, w wypocinie ropnéj błon mózgowych i rdzeniowych, we krwi serca, w śledzionie i w ogniskach zapalnych płuc, a spostrzeżenie to znalazło niejako uzupełnienie w artykule Ern. Ganschera (*Gazette médicale de Paris 1881*, Nr. 10) p. t.: *Note sur le parasitisme de la meningite cérébro-spinale*, w którym donosi o wykryciu mikrokoków za życia u choréj (u któréj stwierdzono na stole sekcyjnym *meningt. cerebro-spinalis*) w moczu, we krwi wziętéj z palca, a następnie w wypocinie na błonach mózgowych i rdzeniowych i w nerkach. Tyle co do danych dla przypuszczenia przyrzutu upostaciowanego. O ile zaś przyrzut ten stoi w związku z przyrzutem zimniczym, dla

czego potrzebuje gruntu bagnistego do swego powstania, jakie warunki stają na przeszkodzie jego rozwojowi lub przyczyniają się do jego rozmnożenia i tym sposobem zapobiegają lub sprowadzają wybuch choroby, na to potrzeba dalszych spostrzeżeń i badań w tym kierunku, jakkolwiek przyznać musimy. że przyjęcie tego zapatrywania mimowoli się nam nasuwa, bo w niém mielibyśmy podstawę do wytłumaczenia faktu, dla czego u nas w Krakowie od pierwszego pojawienia się choroby rok rocznie *meningitis cerebro-spinalis* jużto sporadycznie, jużto więcéj epidemicznie występuje, a tłumaczylibyśmy go w ten sposób, że przyrzut ten znalazłszy raz w okolicach naszych bagnistych odpowiedni dla siebie grunt wśród pomyślnych, nieznanych nam bliżéj, dla siebie warunków od czasu do czasu wycieczki swoje uskutecznia.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Sprawozdanie z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego z lat czterech (tj. od roku szkolnego 1874/5 do roku szkolnego 1878/9).

VII.

Choroby narządu moczowego.

Opracował Dr. **St. Ponikło.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

I.

Przypadki ostre (*nephritis parenchymatosa acuta).*

Z pomiędzy 8miu przypadków tu należących rozwinęło się 4 z powodu przeziębienia; nie można było w tychże stwierdzić żadnych zmian ustrojowych usposabiających do schorzenia nerek. W 1 przypadku wystąpiło cierpienie na tle diatezy krwotocznéj, a 3 pozostałe tworzyły powikłania zapalenia płuc włóknikowego, duru powrotnego i płonicy.

Siedm przypadków zakończyło się zupełném wyzdrowieniem, jeden chory umarł. We wszystkich przypadkach mocz, przy wyjściu chorych z zakładu, nie zawierał ani śladu białka.

Nie ma w naszych historyjach zanotowanego żadnego przypadku, w którymby cierpienie przeszło w stan przewlekły.

We wszystkich przypadkach cierpienie rozpoczęło się od silnego dreszczu, który kilkakrotnie w przeciągu dnia się powtarzał, po czém następowała gorączka. Ból w krzyżach był stałym przypadem z początku choroby. Ciepłota nie przedstawiała żadnego charakterystycznego typu; była zwykle słabo zwalniająca. W jednym atoli przypadku, przyostro przebiegającym z zupełném zatrzymaniem moczu, bardzo gwałtownemi napadami uremicznemi, który po 30tu dniach zakończył się zupełném wyzdrowieniem, nie uważano nigdy podniesionéj ciepłoty; owszem była ona nie tylko wśród napadów uremicznych lecz także w chwilach wolnych od tychże subnormalną. Przypadek ten również ze względu na gwałtowność przypadów uremicznych, na obecność objawów pozornie groźnego zapadu jest godnym uwagi.

F. W. lat 28, przyjęta d. 4/2 1879. Choroba rozpoczęła się przed 14 dniami od silnego dreszczu, który wystąpił w nocy i odtąd przez kilka następnych dni się powtarzał. Za powód podaje chora przeziębienie się skutkiem przebywania w miejscu wilgotném.

Badanie wykazało: Puchlina skórna i brzuszna miernego stopnia; bladość powłok ogólnych; sinica dość znaczna na twarzy. Stłumienie odgłosu wypukowego na 5 cm. powyżéj dolnéj tylnéj granicy jawności wypukowéj obojga płuc.—Wdech szorstki; wśród wdechu wszędzie rzężenia drobne wilgotne w miernéj ilości.—Tor oddychania obojczykowy. Oddychanie bardzo mozolne; chora chętnie przybiera pozycyję siedzącą lub położenie kolankowo-łokciowe. Ból głowy, nudności, częste wymioty, ogólna apatyja. Mocz w ilości zaledwie kilkunastu cm. sześć. wysycony, c. g. 1·022 ze znaczną ilością białka, z obfitym osadem, który wykazuje znaczną ilość moczanu sodowego bezpostaciowego, bardzo liczne wałeczki szkliste, tu i owdzie także ziarniste. — Stan ten uremiczny trwał prawie nieprzerwanie przez 10 dni z różném nasileniem. Pod wpływem środków silnie odwodzących na skórę (w postaci baniek siekanych stósowanych na okolicę lędźwiową i gorczyczników) tudzież silnych czyśćców obok środków moczopędnych zdołano sprowadzić obfitszą diurezę i przełamać stan uremiczny. Po zupełném ustąpieniu tegoż poczęła się bardzo rychło zmniejszać puchlina tudzież ilość białka w moczu, które po kilku dniach zupełnie ustąpiło. Chora opuściła zakład w stanie zupełnego zdrowia.

Przypadek ten przedstawia właściwie jeden długotrwały napad uremiczny, po którego ustąpieniu nikną równocześnie i inne przypady sprawy chorobowéj nerek. Na pierwszy rzut oka obraz chorobowy był raczéj podobny do przewlekłych stanów uremicznych, jakie tak często w formach nieuleczalnych przewlekłych napotykamy. Brak gorączki przez cały czas obserwacyi klinicznéj obok wybitności wszystkich innych przypadów ostréj choroby Brighta, jak zatrzymanie moczu, zmiany cechujące w moczu i gwałtowne przypady czynnościowe, w przypadku zakończonym zupełném wyleczeniem, jest rzeczą niezwykłą. Przypadek ten jest jednym dowodem więcéj, że nie ma kardynalnéj, istotnéj różnicy między pojedyńczemi formami choroby Brighta, że może ona także w różnych, dotąd ściśle nierozgatunkowanych formach występować.

Mocz przedstawiał w przypadkach w mowie będących zwykłe zmiany. Ilość jego wahała się między 0 a 800 cm. sześć. We wszystkich przypadkach okazywał mocz wysoki ciężar gatunkowy i w osadzie bardzo znaczną ilość moczanów. Ilość białka była „mała“ lub „średnia.“ W osadzie bardzo znaczna ilość wałeczków przeważnie szklistych; nie brakło jednak tu i owdzie wałeczków ziarnistych.

Puchlina towarzyszyła stale wszystkim przypadkom, od bardzo nieznacznego obrzęku tkanki podskórnéj odnóg dolnych aż do wysokich stopni ogólnéj puchliny skórnéj i brzusznéj.

Stan uremiczny pojawiał się w różném nasileniu we wszystkich przypadkach, lecz w jednym tylko przypadku, zakończonym zupełném wyzdrowieniem, spostrzegano typowy napad uremiczny ostry z drgawkami.

Zazwyczaj śmiertelne zakończenie ostréj choroby Brighta jest bezpośredniém następstwem zatrzymania składników moczu we krwi i powstającéj ztąd ostréj uremii lub też cierpień następowych błon surowiczych lub płuc, lecz do bardzo rzadkich zaliczają autorowie przypadki, gdzie samo nasilenie sprawy chorobowéj, gorączka wysoka z następowém porażeniem mięśnia sercowego jest przyczyną śmierci wśród przypadów adynamii.

Przebieg podobny ilustruje jeden z naszych przypadków, który pokrótce przytoczymy:

B. J., lat 25, rzeźnik, przyjęty d. 18/12 1876. Przed 10 dniami doznał, skutkiem zdźwigania się przy noszeniu ciężarów z dworca kolei żelaznéj, silnego bólu w lędźwiach i krzyżach. Ból ten jednak dozwalał mu jeszcze przez 3 dni wykonywać lżejszą pracę. Po 3ch dniach doznał silnego dreszczu jednorazowego, po którym wystąpiła gorączka, połączona z gwałtownym bólem głowy; nudności, brak łaknienia i ogólne osłabienie. Po 8miu dniach bezskutecznego leczenia się środkami domowemi został przyjęty do kliniki. Badanie wykazało: Mężczyzna zbudowany i odżywiony bardzo dobrze. Powłoki ogólne zarumienione, suche. Puchlina ledwie dostrzegalna około kostek. Język suchy, drżący. Ogólny zapad. Badanie fizyczne narządów wewnę-

trznych, prócz miernego obrzęku śledziony, nie wykazuje nic nieprawidłowego. Moczu wysyconego 600 cm. sześć. o średniéj ilości białka. W osadzie bardzo znaczna ilość wałeczków szklistych, ciałek krwi i wypocinowych. Wielki niepokój. Bolesność okolic lędźwiowych. Ogólna przeczulica. Ciepłota popoł. 40·5°C. Tętno pełne 128.

Rozpoznano ostrą chorobę Brighta i zastósowano zwykłe leczenie. Przypady zapadu wzmagały się co chwila; gorączka uporczywie utrzymywała się wyżéj 40·0°. Chory nazajutrz po przyjęciu popołudniu umarł. Ciepłota, która wynosiła w chwili skonu 40·6° C., podniosła się po śmierci do 41·7 C.

Badanie pośmiertne wykazało: zapalenie miąższowe nerek z wybroczynami (narząd $1^1/_2$ razy powiększony, pulchny, soczysty, przekrwiony, z licznemi wybroczynami do 3—4 milim. w średnicy) ostry obrzęk śledziony, ostre stłuszczenie wątroby i mięśnia sercowego.

Z ważniejszych powikłań uważano tylko w jednym przypadku ostre zapalenie osierdzia (*pericarditis sicca*).

Co do leczenia nie podobna z tak szczupłéj liczby przypadków wysnuwać wniosków terapeutycznych. W kilku przypadkach mieliśmy sposobność spostrzedz potężne działanie utrzymywania wzmożonego przeziewu skórnego na sprawę chorobową. Ilość moczu po zastósowaniu kąpieli ciepłych z następowém obwijaniem w koce stale się powiększała, puchlina czasem bezpośrednio zmniejszała; również korzystnie działały kąpiele ciepłe na uśmierzenie stanu uremicznego.

Z drugiéj strony środki moczopędne zawodziły po większéj części. Lżejsze jak jałowiec, octan potasowy itp., nawet w dosadnych dawkach podawane, wcale nie wpływały na zwiększenie ilości moczu, silniejsze jak *scilla* chwilowo tylko wzmagały wydzielanie moczu, lecz na przebieg cierpienia pozostawały bez wpływu. Za to kilkakrotnie natychmiastowo pomyślne wyniki dawały środki ostro czyszczące; nieraz uważano po podaniu olejku rącznikowego wraz z olejkiem krotniowym osłabienie, a nawet przerwanie zupełne, napadu uremicznego.

Środki odwodzące na skórę, jak bańki bądź suche, bądź siekane, gorczyczniki, nacierania drażniące stósowane na okolicę lędźwiową zdawały się być pomocnemi zwłaszcza w stanie uremicznym. Rzeczywiście przyznać należy, iż środki te dawane w wielu cierpieniach ostrych zdolne są chociaż chwilowo zmniejszyć nawał krwi do narządów wewnętrznych, co szczególniéj w nerkach zajętych zapaleniem miąższowém ostrém jest wielkiéj wagi, gdyż przez zmniejszenie zastoiny może nastąpić wzmożone wydzielanie moczu, zjawisko w leczeniu choroby Brighta tak upragnione. Skuteczność tych zabiegów leczniczych stoi téż w zgodzie z doświadczeniami fizyjologicznemi wiarogodnych i poważnych autorów, upatrujących szczególniejszy związek między funkcyjami skóry i miąższu nerkowego (Kühne: *Lehrbuch der physiolog. Chemie, Leipzig 1865.* Bartels: *Krankh. des Harnapparats.* B. 1, 96).

II.

Formy przewlekłe (*Nephritis parenchymatosa chronica*).

Przypadki te przeważnie przebiegały z samego początku przewlekle, zrazu prawie niedostrzeżone przez chorych; wywiady jednak kilku przypadków stwierdzają, iż przewlekłe schorzenie nerek wywiązało się z zapalenia ostrego ze wszystkiemi typowemi przypadami tegoż. Do niedawna sądzono (Niemeyer), iż zapalenie nerek ostre stale kończy się albo śmiercią albo zupełném wyzdrowieniem i tylko nadzwyczaj wyjątkowo przechodzi w cierpienie przewlekłe. Wprawdzie zapalenie nerek ostre po chorobach zakaźnych, przedewszystkiém po płonicy, występujące (forma najczystsza) wcale nie ma skłonności do przechodzenia w stan przewlekły, lecz o ostréj chorobie Brighta rozwiniętéj samoistnie „skutkiem przeziębienia“ tego żadną miarą twierdzić nie można. Między naszemi historyjami chorób znachodzimy kilka, w których choroba rozpoczęła się od silnego dreszczu, gorączki, bólów gwałtownych w okolicy lędźwiowéj i zatrzymania moczu. Bamberger zwraca uwagę na częstość podobnych przypadków (*Über d. Morb. Br. u. seine Beziehungen zu anderen Krankheiten*) a i Bartels nie uważa ich za zbyt rzadkie.

Co do etyjologii wykazują wywiady w 6 z pomiędzy 20 obserwowanych przypadków, iż odnośni chorzy byli narażeni „*par excellence*“ na nagłe zmiany ciepłoty i wilgotności powietrza, co po większéj części było połączone z ich zatrudnieniem codzienném, a niektóre przypadki zdają się przemawiać za tém, że cierpienie przewlekłe powstało w następstwie, że tak powiem, kilku napadów przyostrych z przerwami względnego polepszenia a zawdzięczających każdorazowo swój początek „przeziębieniu.“ Dreszcze, gorączka, ogólne osłabienie, puchlina trwając kilka lub kilkanaście dni ustąpiły niejednokrotnie w zupełności i chorzy cieszyli się znów przez pewien okres czasu zupełném zdrowiem i zdolnością do pracy, gdy powtórny nawrót choroby, skutkiem powtórnego przeziębienia, wywołał te same lub jeszcze gwałtowniejsze przypady chorobowe, aż wreszcie choroba przybrała ciągły, nieprzerwany, przewlekły przebieg.

Zakażenie zimnicze było podstawą choroby Brighta w 4 przypadkach, nadużywanie napojów wyskokowych stwierdzono w 3 przypadkach. W dwu przypadkach wystąpiła choroba wśród cukrzycy, w jednym w przebiegu suchot płucnych. Wreszcie raz sprawa połogowa dała początek chorobie Brighta.

Z naciskiem wspomnieć tu musimy, iż w dwu przypadkach wady sercowe były skomplikowane z zapaleniem miąższowém nerek. Traube i Bartels uważają zmiany chorobowe w nerkach objawiające się białkomoczem i obecnością wałeczków w osadzie za cierpienie niezapalne, polegające wyłącznie na zastoinie i niemające w istocie rzeczy nic wspólnego z chorobą Brighta, nadto sądzą, iż zastoina nerkowa nie może przejść w zapalenie nerek miąższowe ani nawet doprowadzić do rzeczywistego przerostu (*hyperplasia*) tkanki łącznéj międzynerkowéj. Tak jak wiele zapatrywań w nauce lekarskiéj, popartych powagą znakomitych autorów, z biegiem czasu zmieniło się niejako w dogmat nietykalny jak i powyższe zdanie znalazło wielu zwolenników i w podręcznikach z naciskiem było wypowiadane. Doświadczenie anatomo-patologiczne wszelakoż (Klebs) stwierdza, iż niezbyt rzadko po nerce zastoinowéj rozwija się rzeczywisty przerost tkanki łącznéj, a w następstwie zanik nerki (rzecz i ze stanowiska teoretycznego wcale racyjonalna) jak również może sprawić zmiany cechujące zapalenie „miąższowe.“ Bamberger téż, w swéj rozprawie o chorobach nerek, kładzie pomiędzy zboczeniami usposabiającemi do choroby Brighta wady sercowe na 2giém miejscu co do częstości.

Jako przykład zapalenia nerek miąższowego wśród wady sercowéj przytoczyć możemy następujący przypadek:

M. K., lat 60, wieśniaczka. Prócz zimnicy żadnych chorób nie przebywała. Choroba poczęła się przed 8miu miesiącami; przypady najrychlejsze były bicie serca, duszność, lekka puchlina odnóg dolnych. Badanie kliniczne wykazało: kobieta wzrostu niskiego, źle odżywiona, mierny obrzęk tkanki podskórnéj. W narządzie oddychania nic nieprawidłowego. Stłumienie serca powiększone w kierunku poprzecznym, sięgające po za prawy brzeg mostka. Szmer skurczowy dmuchający, słyszalny w miejscu uderzenia koniuszkowego serca; ton drugi nad tętnicą płucną wzmocniony. Mocz około 800 cm. na dobę c. g. 1·020. Białka ilość bardzo wielka; osad wykazuje znaczną ilość wałeczków ziarnistych, szklistych, ciałka białe i ciałka krwi. Rozpo-

znano: *insufficientia bicuspidalis, m. Brightii chronicus (n. parenchymatosa).*

W dwu przypadkach nakoniec powstała choroba Brighta u osobników starych dotkniętych rozedmą płucną znaczniejszego stopnia i miażdżycą układu tętniczego.

Pierwsze przypady, które zwróciły na się uwagę chorych, wyjątkowo tylko dotyczyły układu moczowego. Częstsza podnieta do oddawania moczu, obecność krwi w takowym, bóle w okolicy lędźwiowéj należały wprawdzie w kilku przypadkach, zwłaszcza więcéj ostrym przebiegiem się rozpoczynających, do najrychlejszych przypadków; większość chorych jednakowoż podawała przypady ze strony narządu trawienia lub téż ogólne osłabienie i bez znanéj im przyczyny występującą niedokrewność jako inaugurujące w mowie będącą chorobę. Bolesność w dołku podsercowym, brak łaknienia, towarzyszące od czasu do czasu nudności, ból głowy, nieregularność w oddawaniu stolców raz wolnych, to znów zbitych, należały do najczęstszych skarg chorych naszych w początkach choroby. Przypady te po większéj części chorzy lekceważyli oddając się zwykłéj pracy, aż dopiero późniéj występująca opuchlina tkanki podskórnéj na twarzy lub odnogach, z dnia na dzień wzmagające się osłabienie, zatrwożyło ich o stan zdrowia i skłoniło do szukania pomocy lekarskiéj. Lub też najwcześniejszym przypadem był uporczywy nieżyt oskrzelowy, często zaostrzający się i połączony z ogólném osłabieniem i niedokrewnością. Na przypady te ze strony serca chorzy cierpiący na tę formę choroby Brighta prawie nigdy się nie żalili. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Nowsze sposoby wykrywania obcych barwików w winie.

Fałszerstwo win, szczególniéj francuskich czerwonych, przybrało w naszych czasach ogromne rozmiary. Przyczyną tego jest z jednéj strony łatwość podrabiania i fałszowania barwikami, trudnemi do wykrycia, a nie kosztownemi; z drugiéj strony znacznie zwiększona konsumcyja win, zachęcająca kupców do niesumiennych spekulacyj. Z tego powodu usiłowano w ostatnich latach wynaleść sposoby łatwego wykazania barwików domięszanych sztucznie do wina. Dzięki staraniom chemików i higijenistów, szczególniéj francuskich, mamy w tym kierunku wiele metod, celowi w zupełności odpowiadających. Nie od rzeczy będzie poprzedzić zdanie sprawy z najnowszych prac zmierzających do tego, krótkim opisem barwików najczęściéj do fałszowania wina używanych.

W handlu znachodząca się anilina (mięszanina czystéj aniliny z toluidyną) daje pod wpływem środków utleniających i wodę odciągających cały szereg połączeń, odznaczających się żywością barw. Do otrzymania tych barwików używają najczęściéj kwasu arsenowego i solnego, azotanu rtęciawego i rtęciowego, chlorku rtęciowego i cynowego, wreszcie chromianu potasowego. Barwiki te są przeważnie solami lub połączeniami z rodniami alkoholowemi zasady aromatycznéj, o dość powikłanéj budowie, zwanéj rozaniliną. Do fałszowania win używają najczęściéj następnych połączeń rozaniliny: 1) Wodochloranu rozaniliny czyli fuksyny, barwik ten w wodzie trudno rozpuszczalny, rozpuszcza się łatwo w wyskoku barwą żywo czerwoną. 2) Azotanu rozaniliny, spotykanego w handlu pod nazwą azaleiny. Jest to modyfikacyja poprzedniego barwika. 3) Trietylrozanilinu znanego w handlu jako anilin-violett lub błękit Hoffmanna, rozczyn téj soli ma barwę ładnie niebiesko-fijolkową. 4) Chrysanilinu, rozpuszczającego się w wyskoku barwą żółtą. 5) Mauveanilinu, barwika krystalicznego, brunatnego, w wodzie gorącéj, szczególniéj zakwaszonéj, łatwo rozpuszczalnego barwą czerwonawo fijołkową. 6) Chrysotoluidynu, rozczyn wyskokowy tego barwika jest czarno niebieski z odcieniem błękitnym 7) Mauveinu, jest to proszek krystaliczny, czarny, w wyskoku barwą błękitną rozpuszczalny, za dodaniem kwasu rozczyn staje się purpurowym. 8) Safraninu, kryształy z połyskiem metalicznym, w kwasie siarkowym barwą zieloną rozpuszczalne. Rozczyn ten za dodaniem wody zmienia barwę na purpurową. 9) Koralinu (kwas rozolowy, *aurin*), który otrzymują przez działanie kwasów szczawiowego i siarkowego na fenol. Masa żywiczna z połyskiem metalicznym, zielonawym, roztarta daje jasnoczerwony proszek, łatwo w wyskoku, mało w wodzie rozpuszczalny.

Celem wykrycia barwików tych w winie zalecają następujące metody:

1) Wykrycie fuksyny.

Fordos podaje następujący sposób. 10 cm. sz. wina kłuci się w probierce z 20 kroplami amoniaku, potém dodaje się 10 cm. sz. chloroformu, przewraca się parę razy rurkę odczynnikową, niekłucąc jednak płynu. Po odstaniu oddziela się chloroform i odparowuje się go na małéj miseczce na łaźni piaskowéj. Na spodzie miseczki umieszcza się mały kawałeczek białéj materyi jedwabnéj. W miarę ulatniania się chloroformu biały strzępek w razie obecności fuksyny zabarwia się różowo. Aby się ostatecznie przekonać, że barwa czerwona pochodzi od fuksyny zwilża się zabarwioną materyję kilku kroplami amoniaku, skutkiem czego zabarwienie różowe powinno zniknąć, a po ulotnieniu amoniaku przez ogrzanie na nowo wystąpić. Według autora jeszcze $^1/_{10}$ mg. fuksyny w jednym litrze da się tym sposobem wykazać *(Bull. de la Soc. chim. de Paris 26, 487).*

Yvon kłuci w tym samym celu 30 cm. sz. wina badanego z 1 do 2 gr. węgla zwierzęcego, sączy przez azbest, wymywa pozostały węgiel wodą, poczém oblewa go wyskokiem. Jeżeli wyskok zabarwi się czerwono, obecna jest fuksyna, wyskok bowiem nie wyciąga z węgla zwierzęcego naturalnych barwików wina. *(Rép. de Pharm. 176, 223).*

E. Bouillon poleca następujący sposób: 500 cm. sz. wina odparowuje się na misce do pozostałości koło 125 cm. sz. Następnie dodaje się 20 gr. krystalicznego wodnika barowego, wymięsza się dokładnie, sączy, osad wymywa się wodą, i dopełnia się przesącz wodą do 125 cm. sz. Jeżeli teraz dodany do przesączu kryształek wodnika barowego więcéj barwików nie strąca (w przeciwnym razie poprzednią manipulacyję trzeba powtórzyć), daje się przesącz do obszernéj kolby i mięsza dokładnie z 50 do 60 cm. sz. eteru. Po odstaniu oddziela się eter na miskę porcelanową, zaprawia się paru kroplami kwasu octowego i 3—4 kroplami wody destylowanéj i zanurza się nitkę białego jedwabiu. Jeżeli w winie obecną była znaczniejsza ilość fuksyny, nitka się natychmiast zabarwi, jeżeli tylko mała ilość, zabarwienie wystąpi po odparowaniu eteru. Według autora można tym sposobem jeszcze $^1/_{100}$ mg. fuksyny w litrze wykryć. *(Pharm. Ztschrft. f. Russland. 16, 80).*

2) Wykrycie fuksyny i innych pokrewnych barwików. 150 cm. sz. wina alkalizuje się wodą barową lub ługiem sodowym, poczém kłuci się z 25 do 50 cm. sz. eteru octowego lub alkoholu amylowego, oddzielony eter lub alkohol

amylowy odparowuje się szybko w miseczce z nitką jedwabiu lub wełny. Jeżeli się nitka zabarwiła czerwono, to ją się zwilża kilkoma kroplami zgęszczonego kw. solnego. Jeżeli teraz zniknie zabarwienie czerwone, a pozostanie podobne do zwiędłych liści, a po oblaniu wodą w nadmiarze znów wystąpi barwa czerwona, obecną jest fuksyna. Jeżeli barwa nitki zmieni się przytém w fijołkową, niebieską a w końcu zieloną, obecnym jest safranin. Barwik fioletowy aniliny (Hoffmanna) przechodzi po dodaniu HCl w niebiesko zielony, a w końcu w żółty. Woda w nadmiarze daje roczyn fijołkowy. Mauvenilin zmienia w kw. solnym naprzód barwę swoją na niebieską, późniéj żółtą, a w końcu podobnie jak fuksyna przybiera barwę zwiędłych liści. Woda w nadmiarze zmienia barwę w czerwono fijołkową. Chrysotoluidin odbarwia się bardzo mało pod działaniem kw. solnego. Zagotowany zaś z sproszkowanym cynkiem odbarwia się. Pod wpływem powietrza barwa na nowo występuje. Aby odróżnić barwiki rozaniliny od koszenili, zaprawia się zabarwioną nitkę kilku kroplami podsiarczynu sodowego. Barwiki rozanilinowe znikną, koszenila zaś tylko powoli blednieje (*Bull. de Soc. chim. de Paris 26, 520)*. (Sposób Girarda).

(Dok. nastąpi).

Berger: **O funkcyjach zmysłowych w hypnotyżmie.**

Autor daje nam w krótkości wyniki swoich dalszych doświadczeń nad hypnotyzmem, dowodzących, że z czasem hypnotyzm i jego własności wielką odgrywać mogą rolę tak w neurofizyjologii jak i neuropatologii. W pracy swéj zajmuje się autor specyjalnie wpływem hypnotyzmu na organy zmysłowe i wykazuje, jak w lekkich stopniach hypnozy wszystkie funkcyje zmysłowe stają się nader wrażliwemi i delikatnemi. Główne zmysły dotykania, słuchu i wzroku objawiają, mimo zupełnéj bezprzytomności osoby hypnotyzowanéj, nader wielką reakcyję. Przy doświadczeniach, robionych celem wykazania wielkiéj wrażliwości zmysłu dotykania wczasie lekkiéj hypnozy, przekonał się B., że uczucie bólu skóry pozostawało akie samo, jak w normalnym stanie, to jest nie było ani zwiększone ani zmniejszone. (Nowy dowód dla znanego spostrzeżenia fizyjologicznego, że wrażenia zmysłu dotykania i bólu rozmaite mają drogi nerwowe *Przyp. ref.)* Do ciekawego rezultatu doszedł B. przy doświadczeniach nad zmysłem wzroku w czasie hypnozy. Oto w nader słabo oświetlonym pokoju mogło *medium* jego czytać nietylko pojedyńcze wyrazy, ale całe zdania w nieznanéj zupełnie książce. Gdy *medium* przebudzono, czytanie w tych samych warunkach stało się niemożliwém. Zdaniem B., mają doświadczenia jego pewną podstawę fizyjologiczną dla objaśnienia licznych chorób nerwowych i wykazują, że niesłusznie chciano dotychczas wielką wrażliwość zmysłów u osób histerycznych kłaść na karb symulacyi. W końcu wspomina autor o kilku tabetykach, u których po hypnozie następowało na kilka minut widoczne polepszenie upośledzonego ich zmysłu dotykania. *(Bresl. ärzt. Zeitschr.* 1881, Nr. 7). *Św.*

Kandaracki: **O innerwacyi dróg oddechowych, o kaszlu i kilka słów o wpływie chloroformu na oddychanie.**

Dotychczasowe liczne prace wykazały, że mechaniczne drażnienie krtani, tchawicy i oskrzeli wywołuje kaszel. Jedynie Bidder utrzymuje, że drażnieniem tchawicy nie zdołał wywołać zjawiska podobnego do kaszlu. Nerwy przeto zaopatrujące błonę śluzową krtani, tchawicy i oskrzeli (*nn. vagi* i *nn. laryng. super.*) uważamy za nerwy kaszlowe (*Hustennerven*). Poparł to doświadczeniami Nothnagel a mianowicie po przecięciu obu nerwów błędnych drażnienie krtani wywoływało kaszel, drażnienie zaś błony śluzowéj tchawicy niewywoływało tegoż. Odwrotnie rzecz się miała po przecięciu obu nerwów krtaniowych górnych drażnienie błony śluzowéj krtani było bezskuteczne, drażnienie tchawicy zaś wywoływało kaszel. Drażnieniem końców środkowych rzeczonych nerwów Rosenthal, Bidder i Nothnagel nie wywołali kaszlu, wywołali go zaś Krimer, Cruveilhier i Romberg przez drażnienie nerwu błędnego, a Kohts przez drażnienie nerwu błędnego i krtaniowego górnego.

Kandaracki na podstawie doświadczeń w pracowni profesora Dogiela w Kazaniu przedewszystkiém podnosi fakt, że u psów i kotów górną połowę tchawicy zaopatruje gałęź nerwu krtaniowego górnego, którą nazywa gałęzią tchawicową *(ramus trachealis)*. Dolną połowę tchawicy i płuca zaopatrują nerwy błędne. Stosownie do tego znalazł w doświadczeniach, że przecięcie nerwów błędnych znosi pobudliwość dolnéj połowy tchawicy i oskrzeli, przecięcie gałęzi tchawicowéj *(ramus trachealis)* znosi pobudliwość górnéj połowy tchawicy, przecięcie zaś nerwów krtaniowych górnych znosi pobudliwość krtani i górnéj połowy tchawicy u psów i kotów. Autor nie podaje, czy przecinał nerwy błędne powyżéj odejścia nerwów krtaniowych górnych lub poniżéj ich odejścia. Kaszel jednak wywołany drażnieniem krtani różni się od kaszlu wywołanego drażnieniem tchawicy i oskrzeli. Drażnienie tchawicy i oskrzeli wywołuje natychmiast kaszel, który trwa przez cały czas drażnienia, dotykanie zaś błony śluzowéj krtani sprawia zatamowanie oddechu i występują ruchy połykowe, dopiero po ustaniu bodźca zjawia się jednorazowy lub powtarzający się kaszel.

Mechaniczne i elektryczne drażnienie środkowych zakończeń nerwów wywoływało kaszel, a mianowicie drażnienie nerwu błędnego i gałęzi tchawicowéj sprawiało natychmiastowy kaszel, podrażnienie zaś nerwu krtaniowego górnego, sprawiało w pierwszéj chwili utrudnienie a nawet chwilowe wstrzymanie oddychania, po ustaniu bodźca występował silny kaszel. Tu również autor nie podaje dokładnie, w którém miejscu drażnił nerwy błędne, coby było ważném, ze względu na to, że nerwy krtaniowe górne odchodzą od błędnych i przyjmują włókna ruchowe od jedynastéj i dwunastéj pary nerwów mózgowych. Po przecięciu nerwu krtaniowego górnego drażnienie gałęzi tchawicowéj nie sprawiało kaszlu. Ujemny wynik tych doświadczeń u niektórych autorów przypisuje K. temu, że usypiali zwierzęta użyte do doświadczeń, bo narkoza znosi pobudliwość środków kaszlu. (W tém miejscu przychodzi nam na myśl spostrzeżenie, że u chorego z zapaleniem zewnętrznego przewodu usznego w skutek ciała obcego wywoływałem silny kaszel, ile razy dotykałem się przewodu usznego łyżeczką lub wziernikiem. Pochodziło to zapewne w skutek wygórowanéj pobudliwości gałązki usznéj nerwu błędnego. *Przyp. spraw.*)

Doświadczenia o wpływie chloroformu na oddychanie pominiemy, bo są to rzeczy znane. Już Holmgren i Koch wpływ ten badali a doświadczenia Kandarackiego zgadzają się z ich doświadczeniami. (*Kronika Lekarska* 1881, Nr. 10).

Dr. Bogdanik.

Teodor Dunin: **Nagła śmierć w suchotach płucnych w skutek wstąpienia powietrza do naczyń.**

Z początkiem marca 1880 r. przybył do szpitala Dzie-

ciątka Jezus w Warszawie 22-letni czeladnik stolarski, u którego D. rozpoznał naciek rozpadający się w szczycie płuca prawego. Choroba rozpoczęła się przed 6 tygodniami od dreszczów, kaszlu i kłucia w piersiach. Choroba postępowała bardzo szybko, gorączka utrzymywała się między 39° a 40°C., ale siły pozwalały choremu na krótkie przechadzki po sali. W 6 tygodni po przybyciu do szpitala chory zjadłszy obiad wstał z łóżka i nagle przewrócił się na podłogę bez krzyku, bez drgawek; a lekarz dyżurny natychmiast przywołany stwierdził śmierć. W 24 godziny póżniéj wykonano sekcyję i znaleziono: szczyt prawego płuca lekko przyczepiony do klatki piersiowéj. Nieco ku tyłowi jama nieregularna, wielkości małéj pomarańczy, wypełniona nieznaczną ilością śluzowéj mocno cuchnącéj wydzieliny; powierzchnia jéj nierówna. Miąższ płuca na około jamy stwardniały nie zawiera powietrza. W płacie górnym są nadto dość liczne szaro-żółtawe lub czerwonawe guzki od wielkości grochu do orzecha laskowego. Płuco lewe wolne posiada liczne stwardnienia i trzy jamki wielkości orzecha włoskiego, dwie wypełnione są masą serowatą, trzecia w głębi dolnego płatu zawiera krew czerwoną zmięszaną z pęcherzykami powietrza. Serce nieco rozszerzone. **Komórka lewa jest wypełniona czerwoną płynną krwią, zmięszaną z licznemi pęcherzykami powietrza.** W prawéj połowie serca również krew płynna zmięszana z mniejszą ilością powietrza. Mięsień sercowy i zastawki prawidłowe. W tętnicach większych znajduje się również krew płynna zmięszana z pęcherzykami powietrza; w żyłach większych i w tętnicy płucnéj również pęcherzyki powietrza ale w niewielkiéj ilości. Tętnice i żyły mózgowe rozszerzone i wypełnione pęcherzykami powietrza, między któremi skąpa ilość krwi. Mózg niedokrewny. Inne organa prawidłowe. Gnicia w wyższym stopniu nie ma, organa miąższowe gazów nie zawierają.

Dunin tłumaczy nagłą śmierć w tym przypadku wstąpieniem powietrza z jamy płucnéj do naczyń, a mianowicie z jamy płuca lewego zawierającéj krew czerwoną zmięszaną z pęcherzykami powietrza, jakkolwiek dokładne badanie uszkodzonego naczynia nie wykryło. (*Gazeta Lekarska* Nr. 21, 1881). *Dr. Bogdanik.*

K. Loebker: **Przypadek zatrucia kwasem karbolowym. Wyleczenie przez zastósowanie improwizowanéj pompy żołądkowéj.**

Po wprowadzeniu w użycie kwasu karbolowego zdarzały się przypadki zatrucia tym lekiem nawet przy używaniu go zewnętrznie, mianowicie przy opatrywaniu ran i leczeniu chorób skórnych. Obecnie zanadto dobrze jest znane to niebezpieczeństwo i znane są już pierwsze objawy zatrucia tym lekiem, tak że przypadki tego rodzaju straciły ważność, jaką miały poprzednio. Natomiast przy rozpowszechnioném użyciu tego leku zdarzają się coraz częściéj przypadki otrucia przez nieostrożność lub nieświadomość chorych i posługaczy, i taki właśnie przypadek opisuje Loebker z kliniki chirurg. w Gryfii. Jedna z chorych, operowana z powodu uwięzgniętéj przepukliny otrzymać miała 4 dnia po operacyi, łyżkę olejku rącznikowego. Posługaczka natomiast podała jéj łyżkę 50% olejnego rozczynu kwasu karbolowego. Prawie natychmiast wystąpiły gwałtowne przypady zatrucia a L. widząc chorą w 7 minut po zażyciu trucizny znalazł stan następujący: chora pogrążona w głębokiéj śpiączce, twarz jéj sina, odnogi zimne, od czasu do czasu występują lekkie drgawki, oddech powolny, chrapiący, w ustach nagromadzona ciecz pienista, źrenica skurczona, nie oddziaływa na światło, rogówka nieczuła, tętno nitkowate 15 razy na minutę, na błonie śluzowéj jamy ust nie ma żadnych nadżerków. Przypady te gwałtowne przemawiały jak najwybitniéj za otruciem, a lubo L. nie wiedział na razie o rodzaju podanéj trucizny, postanowił jak najspieszniéj wydalić treść z żołądka, a z nią niewessaną jeszcze ilość trucizny. Nie mając jednak pod ręką pompy żołądkowéj użył następującego sposobu: przez wprowadzony cewnik żołądkowy wlał za pomocą lejka kilka porcyj mleka i kawy, znajdujących się właśnie w sali, tak że płyn ten wypełnił nie tylko żołądek lecz i lejek umieszczony na szczycie wprowadzonego cewnika żołądkowego. Następnie obrócił chorą szybko na bok, a wyrzucona tym sposobem ciecz z lejka wywarła tyle siły ssącéj, że ta wystarczyła do wydobycia treści z żołądka, która miała mocną woń kwasu karbolowego. W taki sposób wypłukał L. jeszcze dwa razy żołądek, a znając już teraz rodzaj trucizny, podał choréj silny lek podniecający (*aether camph.*) w celu podniesienia osłabionéj czynności serca. Wkrótce potém poprawiło się tętno i oddech, w 15 minut wróciła przytomność, a w pół godziny mogła już chora rozmawiać. Mocz przez pierwsze 24 godzin zawierał znaczną ilość kwasu karbolowego, na drugi dzień wystąpiło lekkie zapalenie płatu płuca lewego, które ustąpiło po 3 dniach. Najdłużéj utrzymywała się ciekawa zmiana na języku, który przez 10 dni był bardzo ciemno-czerwony. Zatrucie to nie miało wpływu niepomyślnego na przebieg rany pooperacyjnéj, a chora w 5 tygodni opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

Sinicę, jakotéż wystąpienie zapalenia płuc tłumaczy L. zastojem krwi, wywołanym przez osłabienie serca, jakotéż do tego momentu przyczynowego odnosi L. wybroczyny i wysięki krwawe spostrzegane przez innych autorów przy oględzinach zwłok osób zmarłych z powodu otrucia karbolem. Brak nadżerków na języku, które są stałym objawem wypicia zgęszczonego rozczynu kwasu karbolowego, da się według L. tłumaczyć w ten sposób, że chora jego zażyła kwas karbolowy rozpuszczony w oleju, co téż było prawdopodobnie przyczyną, że ilość wessanego kwasu karbolowego musiała być mniejszą, niż gdyby chora zażyła rozczyn wodny tego kwasu.

W końcu przechodzi L. do omówienia postępowania leczniczego w przypadkach zatrucia karbolem i dochodzi do następnych wniosków: Między 28 przypadkami tego otrucia używano 10 razy pompy żołądkowéj a z tych 5 zakończyło się pomyślnie. Natomiast z 18 chorych leczonych innym sposobem tylko 3 zostało uratowanych, mianowicie 1 dziecko przez podanie leku wymiotnego, 1 chory przez podawanie leków podniecających a w 1 przypadku objawy zatrucia lekkiego stopnia ustąpiły bez żadnego leczenia.

Z tego więc wyprowadza L. wniosek, że najodpowiedniejszém postępowaniem jest użycie pompy żołądkowéj, którą w potrzebie można zastąpić tym sposobem, jak to uczynił L.

Jedynie tylko u dzieci lek wymiotny byłby może bardziéj wskazany, gdyż u nich działanie jego jest pewniejsze i szybsze, a przeciwnie zastósowanie pompy żołądkowéj przy wąskich jeszcze drogach pokarmowych jest trudne i wymaga więcéj czasu. (*Deut. med. Woch.* 1881, Nr. 19). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Badanie czystości soli chininowych.** Wiadomo, że celem otrzymania z cieczy soli chininowych, kłuci się ją z pewną ilością eteru siarkowego. Eter siarkowy jednak nie zabiera całéj ilości soli chininowéj, a przytém zwykłe zanieczyszczenie eteru alkoholem, jakotéż jego rozpuszczalność w niskim stopniu w wodzie, są przyczyną nie małych usterków, nie zezwalających ocenić ilości chininu. Dwards poleca z tego powodu zalkalizowanie cieczy badanéj nadmiarem ługu sodowego lub amonijaku i kłucenie jéj następne z oznaczoną ilością chloroformu. Chloroform łatwo bardzo oddziela się od wody, a odparowany daje czystą pozostałość, którą można wysuszyć przy 100°C. i zważyć. Sposób ten przydatny jest głównie do próbowania leków na ich zawartość chininu, jakotéż preparatów ze zmienną ilością tego alkaloidu, jak *Chininum ferro-citricum* (rozczyn zaprawić amonijakiem), *Chininum tannicum* itd. Samo się przez się rozumie, że sposób ten nie da się zastósować w razie, jeżeli przypuszczamy, że lek badany zawiera także inne alkaloidy w chloroformie rozpuszczalne. (*Archiv der Pharmacie* 214, 149).

W przewlekłych chorobach umysłowych zadaje Dr. Ryszard Kohn przed napadem 4·00 *Kalii bromati.* U macinniczek zaś usuwa napady zupełnie wstrzyknięciem podskórném czterech wstrzykawek Pravaza następującego rozczynu: *Chinini mur. 200, Glycerini, Aq. dest. āā 500.* Według niego należy bromek potasu i chinin w sporych dawkach zadawać, gdy się pojawiają zwiastuny napadu, nie zaś w drobnych ilościach przez dłuższy czas. *Dr. Bogdanik.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 16 lutego 1881.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 30.

1) Protokoł z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przyjęto na członka czynnego Towarzystwa Dra Webera, lekarza pułkowego w Krakowie.

3) Kol. Przewodniczący zdając sprawę z czynności Komitetu w sprawie adresu dla Jubilata Majera zawiadamia, że zawarto z p. Kossakiem ugodę, na mocy któréj wykonanie adresu bardzo ozdobne kosztować będzie 600 złr. a wydatki inne mniejsze do 100 złr., co razem czyni 700 złr.; składki ustanowiono po 50 c. od podpisu; ponieważ zaś przypuszczać należy, że się 1400 podpisów nie zbierze, Komitet przeto odwołuje się do wspaniałomyślności kolegów, aby zechcieli naddatkami przyczynić się do wyrównania powyższéj kwoty; nadwyżka zaś, jakaby została, pójdzie w jednéj połowie do kasy wsparcia wdów i sierót Tow. Lek. Gal., w drugiéj do takiéjże kasy w Tow. Lek. Warszawskiém.

4) Kol. Pareński okazał nowy praktyczny przyrząd do robienia okładów zimnych lub ciepłych pomysłu Leitera w Wiedniu.

5) Kol. prof. Browicz okazał i objaśnił 3 preparaty patologiczne.

6) Kol. Jordan odczytał Uwagi z powodu szerzenia się chorób połogowych pomiędzy ludnością żydowską w Krakowie (Ob. *Przegląd Lekarski* Nr. 9, 10 i 11 z rb.)

W dyskusyi nad tym przedmiotem, zabrał głos kol. prof. Madurowicz i zgadzając się w całości na punkta przez prelegenta poruszone, przypisuje winę szerzenia się gorączki połogowéj w przeważnéj części nieodpowiedniemu zachowaniu się akuszerek; pomijając już bowiem nieczystość i złe powietrze w mieszkaniach położnic, złe łoże, liche i nieodpowiednie żywienie takowych, nic jednakże tak nie wpływa na szerzenie się gorączki połogowéj, jak właśnie przenoszenie zarazka przez akuszerki, które nieoczyściwszy się należycie od choréj na gorączkę połogową idą do zdrowéj jeszcze położnicy i takową zarażają; czy jednakże środki podane przez prelegenta, a mianowicie przywołanie akuszerek do odpowiedzialności doprowadzą do celu, to wątpić należy; nie ma bowiem miasta, gdzieby tak wszystko szło oporem, gdzieby się tak starano na wszelki możliwy sposób obejść ustawę, jak właśnie w Krakowie. Przemawiający naleg aprzeto na to, ażeby każda akuszerka i każdy lekarz mieli obowiązek, o każdym przypadku gorączki połogowéj donosić urzędowi sanitarnemu, a ten skoro spostrzeże, że jedna akuszerka miała dwie lub trzy chore z rzędu, które zapadły na gorączkę połogową, aby wzbronił takiéj akuszerce wykonywanie praktyki na kilka tygodni, gdyby zaś tego nie usłuchała, aby ją skazał w drodze administracyjnéj na karę pieniężną, ponieważ w takich razach u nas tylko rygor jest w stanie złe usunąć. Kol. Warschauer sądzi, iż należałoby akuszerki zaznajomić z dotychczasowemi rozporządzeniami, które one wprawdzie otrzymują, atoli zaledwie co dziesiąta przeczyta, otoż byłoby właściwie rzeczą fizyka miejskiego, aby wszystkie akuszerki w pewnym czasie zwołał i odczytał im odpowiednie rozporządzenia i objaśnił, lekarze zaś powinni czuwać nad tém, aby akuszerki przestrzegały czystości, aby na palcach zarazków nie przenosiły. Kol. Buszek podaje, że gorączka połogowa, pojawiająca się w r. z. częściéj w obwodzie 3cim, nie miała monopolu pośród chorób zakaźnych. Zestawiając bowiem liczbę zmarłych w poszczególnych obwodach, szpitalach i klinikach, widzimy, że podczas gdy w obwodzie I umarło razem z chorób zakaźnych 20·95%, w II obwodzie 16·66%, w szpitalach i klinikach razem 20·04%, to w samym obwodzie III umarło 35·89%. Ze saméj zaś gorączki połogowéj zanotowano zmarłych w I obw. 0, w II obw. 2, w III obw. 5, w szpitalach i klinikach 9; czyli na 100 przypadków śmierci z gorączki połogowéj przypada na I obw. 0, na II obw. 12·50% w obwodzie III 31·25% a na szpitale i kliniki razem 56·25%. Przypisać więc należałoby częstsze wymieranie żydówek na gorączkę połogową także i téj okoliczności, że nasycenie obwodu III czynnikami chorobotwórczemi było w roku ubiegłym groźniejsze, niż w innych obwodach i szpitalach. Kraków stoi w ogóle wysoko w rzędzie miast co do śmiertelności z gorączki połogowéj. Dość przytoczyć, że na 100 kobiet zmarło w Krakowie w 1877 i 1878 0,95%, w Budapeszcie w 1874 do 75 r. 0·89%, w Genewie w 1853—1855 r. 0·56%, w Anglii w 1850 do 59 r. 0·48%, w Londynie 1849—63 r. 0·52% we Wiedniu w 1871 do 78 0·42%, t. j. że Kraków zbliża się pod tym względem najbardziéj do Budapesztu, a ma blisko 2 razy tak znaczną śmiertelność jak Wiedeń, miasta angielskie i Genewa. Jeżeli zaś uwzględnimy, że na 100 przypadków śmierci z gorączki połogowéj przypada w ostatnich 3 latach na wszystkie 3 obwody 28·57% a na kliniki i szpitale razem 71·43%, to musimy przyznać, że procent śmiertelności także dla ostatnich, jako pod względem higijenicznym dość nędznie urządzonych, jest znaczny. Jeżeli zatém potrzeba poskromić gorączkę połogową w obwodach i to słusznie za pomocą środków podanych przez kolegę prelegenta i innych, to należałoby także zwrócić uwagę na oddział położniczy szpitalny i kliniczny i urządzić je odpowiedniéj kosztem rządu i kraju. W samém mieście przyrzeka kol. Buszek użyć wszelkich środków, jakie w granicach ustawy są możliwe. Uprasza tylko o to, aby wszyscy koledzy dawali znać Magistratowi o każdéj chorobie zakaźnéj, a w przypadku gorączki połogowéj, także podawali imie i nazwisko położnéj, która chorą pielęgnuje. Dotąd bowiem bardzo mało kolegów czyni temu zadaniu sanitarnemu zadość, a urząd zdrowia wtedy tylko może działać skutecznie, jeżeli będzie poparty przez wszystkich lekarzy. Kol. Kohn tłumaczy ten procent śmiertelności tém, że do szpitala przynoszą położnice tę chorobę ze sobą; co się tyczy przenoszenia przyrzutu przez akuszerki, to sądzi, że dokładna dezinfekcyja, t. j. umycie rąk rozczynem kwasu karbolowego i czyszczenie rzeczy, powinna to złe usunąć. Kol. Obaliński proponuje, aby akuszerki, skoro muszą już odwiedzać kilka chorych położnic tego samego dnia, prócz dokładnéj dezinfekcyi, używały do każdéj świeżéj choréj świeżo pranych kaftanów. *Dr. Stanisław Balicki.*
Sekretarz.

VI. Krajowe uzdrowiska klimatyczne.

Sprawozdanie Komisyi odczytane na posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. dnia 28. Maja 1881.

W roku zeszłym wybrała Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galic. ze swego grona Komisyję, składającą się z DDrów Jasińskiego, Merunowicza i Pawlikowskiego,

w celu zbierania dat informacyjnych o miejscowościach dotąd uczęszczanych przez gości kąpielowych i żętycznych, jak niemniéj w celu wykrycia miejscowości, posiadających wszelkie warunki do utworzenia uzdrowisk klimatycznych.

Na początek ograniczyła się Komisyja do zebrania bliższych szczegółów o uzdrowiskach klimatycznych i miejscowościach nadających się do utworzenia takowych jedynie w Galicyi wschodniéj, t. j. od rzeki Czeremoszu do rzeki Sanu.

Z przesłanych nam przez szan. Kolegów lekarzy powiatowych DDrów Pietrzyckiego, Radka, Obtułowicza, Serkowskiego, Męcińskiego i Dembowskiego notatek, jak również z listów właścicieli wskazanych nam miejscowości, mamy zaszczyt przedłożyć następujące sprawozdanie.

Postępując od wschodu ku zachodowi rozpoczynamy

1. od powiatu kosowskiego

a) Żabie, wieś 5.300 mieszkańców licząca, nadzwyczaj rozległa, przerznięta niemal na długości trzech mil przez biały Czeremosz, ze wszech stron otoczona górami zalesionemi. Miejscowość ta nadaje się szczególnie dla osób zdrowszych, potrzebujących świeżego powietrza, kąpieli rzecznych w bystrym Czeremoszu i wypoczynku umysłowego. Dla osób chorowitych jest podróż zbyt uciążliwą, bo jakkolwiek obecnie z Kossowa do Żabiego prowadzi przez góry dość dobra droga powiatowa, to w każdym razie od najbliższéj stacyi kolejowéj w Kołomyi jest 9 mil drogi, którą tylko w czasie pogody w jednym dniu odbyć można; również i z tego powodu nie jest Żabie dla osób chorowitych odpowiedniém, że wiosna zwykle się opoźnia. Lecz powtarzamy, dla osób zdrowszych (jako tak zw. u Niemców *Sommerfrische*) przewyższa Żabie wszystkie inne miejscowości tego rodzaju w Galicyi wschodniéj. Kto ma dość siły i zamiłowania do dalszych wycieczek górskich, kto zechce poznać tyle oryginalne i nie bez powabu zwyczaje huculskie, ten niewątpliwie spędzi w Żabiu czas bardzo przyjemnie.

Już w roku bieżącym znajdą goście w Żabiu 10 pokoi do najęcia, i to albo u pana Gregorowicza, rządcy dóbr skarbkowskich, w gospodzie Towarzystwa tatrzańskiego i w domach prywatnych. Cena jednego pokoju, opatrzonego w niezbędne sprzęty, od 6—10 złr. miesięcznie, stosownie do położenia mieszkania, obiad u Maryi Manugiewiczowéj od 15 — 20 zlr. miesięcznie, mleko i żętyca po 10 cent. za litr. Pościel i ciepłe odzienie winien każdy przywieść z sobą. Do Żabiego można dojechać albo wozem pocztowym z Kołomyi do Kossowa, a ztąd wózkiem lub co wygodniéj, lecz nieco drożéj, wprost z Kołomyi fijakrem. Także w dalszém Żabiu Ilcia można znaleść pomieszczenie w chatach włościańskich, lecz zamówienia musiałyby być wcześniejsze, aby można mieszkanie odpowiednio urządzić.

b) Burkut, o trzy mile od Żabiego w głębi gór nad Czarnym Czeremoszem, posiada dobrą i w tamtejszéj okolicy bardzo cenioną szczawę żelezistą, lecz miejscowość ta zbyt jest odległą od kolei, mieszkań mało, tak, iż Burkut nie może mieć żadnéj przyszłości jako uzdrowisko.

c) Pistyń, o 3 mile od Kołomyi na drodze do Kossowa; miasteczko to posiadałoby wszelkie warunki uzdrowiska klimatycznego, lecz obecnie brak tam pomieszkań, tak że zaledwie dwie lub trzy rodziny znajdzie tam umieszczenie. Dawniéj był tu zakład wodoleczniczy.

d) Kossów miasteczko powiatowe, o 4 mile od Kołomyi. Jakkolwiek dotąd jako uzdrowisko klimatyczne mało używane, posiada jednakże do tego wszelkie warunki, zwłaszcza na przysiółku na Manasterku. Jest tam powietrze łagodne, od zachodu zasłonięte pasmem gór, w skutek tego Kossów i okolica słyną z doborowych owoców, stanowiących niemal główny przedmiot handlowy tamtejszéj ludności; w poblizkiéj górskiéj rzeczce Rybnicy kąpiele wyborne; jedyną trudność przedstawia brak mieszkań.

Dojazd do Kossowa pocztą lub fijakrem (zwykle 6 złr. i myta).

2. Powiat nadwórniański.

a) Delatyn miasteczko odległe od Kołomyi o 35 kilometrów, od Stanisławowa (również gościńcem) 45 kilom. Tamże przebywa rokrocznie kilkaset osób, ciepiących na choroby płucne i niedokrewność. Okolica górska, piękne położenie, kąpiele w rzece Prucie, dostateczna ilość mieszkań, łatwość nabycia wiktuałów i nabiału, dobra traktyjernia, wszystko to są warunki, stawiające Delatyn w pierwszym rzędzie między uzdrowiskami klimatycznemi w kraju.

b) Dora wieś, zarówno jak Delatyn własność kamery, od Kołomyi o 45, od Stanisławowa o 55, od Delatyna o 10 kilometrów oddalona, w prześlicznéj okolicy lesistéj; kąpiele w Prucie, lecz mieszkań nie wiele i brak dobréj traktyjerni.

List komisyi wystósowany do Zarządu dóbr kameralnych w Delatynie i Dorze z prośbą o bliższe szczegóły co do cen mieszkań i ich ilości pozostał bez odpowiedzi.

3. Z powiatu dolińskiego nie otrzymała Komisyja odpowiedzi, jakkolwiek tam znajdują się miejscowości uczęszczane przez licznych gości, jak np. Wełdzirz, Hoszów i t. p.

4. Powiat stryjski.

a) Stryj miasto nad rzeką tegoż nazwiska położone. Co roku przybywa tu kilkadziesiąt rodzin dla używania świeżego powietrza i wybornych kąpieli. Goście mieszkają po większéj części w domkach w pobliżu rzeki położonych; gdy popyt o mieszkania jest większy, dochodzi cena jednego pokoju, dość licho umeblowanego, do 30 złr. a nawet do 50 złr. miesięcznie, mieszkania w ogrodach z kilku pokoików złożone, płacone bywają po 150 złr. i wyżéj za sezon kąpielowy. Do spacerów służy jedynie piękny park zwany Olszynką, będący prawdziwą ozdobą miasta, lecz z powodu wilgotnego położenia, przechadzki tamże tylko w czasie upałów są przyjemnemi. Restauracyje są dwie, które nie są wprawdzie drogie, lecz nie bardzo gościom dogadzają.

Dla chorych na piersi Stryj nie bardzo jest pomyślném miejscem pobytu z powodu ostrych wiatrów tu panujących, natomiast dla osób niedokrewnych z jakichkolwiek przyczyn, dla skrofulicznych i w ogóle dla osób potrzebujących pokrzepienia sił, kąpiele w rzece Stryju i pobyt w podgórskim klimacie wywierają bardzo pomyślne skutki.

Bliższych wyjaśnień co do pomieszkań udziela z grzeczności inżynijer miejski pan Postępski, tudzież faktor Leopold.

b) Korczyn oddawna słynie jako uzdrowisko żętyczne. Właścicielem jest baron Poschinger, zarządcą p. Holeczek. Dla gości tu przybywających służy dom skarbowy, zwany hotelem, gdzie jest kilkanaście stancyj do najęcia po 18 zł. miesięcznie. Prócz tego jest tu kilka mniejszych dworów, także i chłopi mają nieco lepiéj pobudowane domki do odnajęcia. Najlepiéj zalecić można dom pani Podhorodeckiéj, która oprócz porządnych stancyj, daje także dobry wikt, ma ogród piękny dla użytku gości, który przytyka wprost do rzeki Stryja. Za mieszkanie płaci się tu do 20 zła, za stół

całodzienny około 50 zła. miesięcznie, co zresztą zależy od umowy. Korczyn posiada wyborną żętycę, leży na wyżynie zdala osłonięty do okoła górami, zarosłemi gajami i lasami smerekowemi, które nie pozbawiają go jednak pięknego widoku słońca i przewiewu powietrza; u stóp jego płynie bystra górska rzeka Stryj. Lekarz i apteka w Skolem, o mile odległém miasteczku.

Korczyn oddalony jest od miasta Stryja o 35 kilom., droga prowadzi do Synowudzka górnego (28 kilometrów) bitym gościńcem, a ztąd do Korczyna 7 kilometr. drogą poboczną ale dobrze utrzymaną. Fijakier ze Stryja kosztuje zwykle 5 zł. w. a.

c) Kruszelnica tuż za Korczynem o 3 kilom., jeszcze bardziéj uroczo położona wieś, tegoż samego właściciela. Tu osoby zamożniejsze mogą wynająć na piąterku we dworze, także i wieśniacy odnajmują pojedyncze stancyje, lecz goście sami muszą się troszczyć o pożywienie. Otoczenie, rzeka Stryj, żętyca jak w Korczynie.

Bliższych wyjaśnień udzielić może znany z uprzejmości ks. dziekan Popowicz.

d) Skole, miasteczko o 38 kilometrów od Stryja oddalone i dobrym gościńcem z nim połączone, ma stacyję pocztową i telegraficzną, sąd, aptekę, dwóch lekarzy. Miasteczko to leży w wieńcu gór lasami smerekowemi okrytych nad rzeką górską Oporem. Publiczność katolicka udaje się na mieszkanie do przysiółka zwanego Demnią wyżną, gdzie odnajmują mieszkania oficyjaliści hr Kinskyego, właściciela klucza Skólskiego. Za jeden pokój w mieście trzeba zapłacić 8 — 12 zł., na poczcie po 25 zł., u pana Stupnickiego pokój kosztował 28 zł., u innych mieszczan mieszkania tańsze, lecz mniéj wygodne. Wikt po 40 do 50 zł. miesięcznie u restauratora Chaima.

e) Tuż przy gościńcu murowanym do Munkacza prowadzącym, o 53 kilom. od Stryja. leży zakład żętyczny Huta korostowska, w dziko romantycznéj okolicy, w dolinie Oporu i strumienia Orawczyka. Zakład ten zwiedzany jest przeważnie przez bogatych żydów z Podola, Wołynia i Besarabii. Pobyt tu przyjemny tylko w czasie silnych upałów letnich w drugiéj połowie czerwca, w lipcu i w początku sierpnia. Zakład składa się z 14 pokoi i dużego wspólnego salonu. Ceny dość wygórowane, za jeden pokoik z łóżkiem sianem wyścielonêm płaci się miesięcznie 24 zł., za stół 40—60 zł. miesięcznie, za żętycę, któréj tu wypijają do 2 litrów dziennie, płaci się 12 zł. miesięcznie.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Zjazd III. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszym ciągu zapowiedziano następujące odczyty:

1. Przeszkody podczas porodu pochodzące od ujścia wewnętrznego macicy (Dr. Schwing z Pragi).

2. O zmianach kiłowych w płucach ze stanowiska klinicznego (Prof. Dr. Rosner).

3. O peptonie (Prof. Dr. Adamkiewicz).

4. Demonstracyja i objaśnienie preparatów dotyczących patologii rdzenia pacierzowego. (Tenże).

5. Influenza (Dr. Goldhaber).

Nadto Doc. Dr. Janovsky z Pragi czeskiéj uzupełnia swe dawne doniesienie, iż mówić będzie o *herpes febrilis* i „o przypadkach późnéj gorączki w syfilis“, a —

Dr. Michl z Pragi zapowiada odczyt z chirurgii, którego tytuł późniéj poda.

Wydział gospodarczy przypomina, iż z dniem 15 czerwca upływa termin zapowiadania prac, i prace późniéj podane tylko wyjątkowo będą mogły być uwzględnione.

Kolega Dr. Klink, redaktor Pamiętnika Towarz. lek. warsz. (Chmielna 11) podjął się uprzejmie rozprzedaży kart legitymacyjnych na Zjazd. Upraszamy więc udawać się po te karty bądź do kolegi Klinka w Warszawie, bądź do Dra Wierzbickiego w Krakowie.

Dyrekcyja drogi żelaznéj Warszawsko-Wiedeńskiéj zniżyła opłatę za jazdę do Krakowa na swojéj kolei w stosunku 50% zwykłéj taryfy dla osób udających się na III Zjazd lekarzy i przyrodników do Krakowa i legitymujących się odpowiednią kartą.

Kraków 8 czerwca 1881.

Przewodniczący Wydziału gosp. III Zjazdu.
Prezes Tow. lek. krak. Doc. Dr. *H. Jordan.*
Dr. *Jan Rosner*, Sekretarz. Prof. Dr. *E. Janczewski.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu 20 (do 14 maja) ospa w Londynie bardziej się rozszerzyła. Wprawdzie umarło tylko 69 lecz świeżo zapadło 402, a leczyło się w szpitalach 1311. W Wiedniu umarło 14, w Budapeszcie 7, w Paryżu 20, w Petersburgu 4, w Rzymie i Aleksandryi po 3. Z duru brzusznego umarło więcéj w Budapeszcie i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 56. Sporadycznie pojawia się dur osutkowy: w Londynie, Warszawie, Walencyi i Murcyi. W tygodniu 21 (do 21 maja) umarło w Krakowie: 1 z ospy, 3 z odry, 2 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru brzusznego, 6 z duru osutkowego, 1 z czerwonki a doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy, 34 odry, 2 płonicy, 2 błonicy, 4 krztuśca, 24 duru osutkowego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 20 (do 14 maja) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,5; w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 32,4; w Budapeszcie 35,1; w Pradze 37,7; w Tryjeście 36,1; w Berlinie 22,1; w Wrocławiu 29,5; w Gdańsku 27,3; w Monachijum 35,7: w Dreźnie 20,5; w Lipsku 18,2; w Bazylei 31,8; w Brukseli 30,8; w Amsterdamie 23,9; w Hadze 25,1; w Paryżu 28,0: w Londynie 20,1; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 30,4; w Chrystyjanii 16,9; w Petersburgu 64,6; w Odesie 25,1; w Rzymie 25,0; w Wenecyi 26,3; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 36,8; w Barcelonie 24,4; w Lizbonie 28,5; w Aleksandryi 34,1; w Nowym Jorku 31,2; w Filadelfii 26,2; w Bombaju 33,4; w Madrasie 46,3. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 czerwca. Z *Gazety Lek.* dowiadujemy się, że komitet, wybrany dla oceny dzieł nadesłanych do Warszawy na konkurs imienia Chałubińskiego na posiedzeniu w dniu 24 maja odbytém przyznał nagrodę dziełu docenta Uniw. Jagiell. Dra Pieniążka. Nam wypada tylko wyrazić radość, że Dr. Pieniążek za pracowitość i ofiarność swoją doczekał się tak zaszczytnego uznania.

* **Warszawa.** D. 29 maja rb. odbyły się promocyje na doktorów medycyny pp. Dunina i Elsenberga.

D. 6 czerwca odbędzie się w Moskwie 50-letni jubileusz Pirogowa. Tow. lek. warsz. postanowiło przesłać mu dyplom na członka honorowego. Moskwa udzieli mu obywatelstwa honorowego, a Towarzystwo lek. w Berlinie uchwaliło przesłać mu powinszowanie drogą telegraficzną.

+ **Karlsbad** 5 czerwca. Do dnia dzisiejszego było osób 7404, o 675 mniéj niż w roku przeszłym. Pogoda osobliwie w drugiéj połowie tygodnia prześliczna, ciepłomierz około południa wskazuje w cieniu 20° R. Dzisiaj otwarcie restauracyi i kawiarni, w przeciągu zimy zbudowanéj w tutejszym parku miejskim, prawdziwe cacko sztuki budowniczéj.

* **Berlin.** D 13 października rb. upłynie ćwierć wieku od objęcia katedry anatomii patologicznéj w Berlinie przez Virchowa. Tow. lekarskie postanowiło dzień ten obchodzić uroczyście i w tym celu osobną wyznaczyło komisyję.

Nowy redaktor *Berl. klin. Woch.* nagania traktowanie zdarzeń lekarskich w dziennikach politycznych, jakie weszło w modę głównie we Wiedniu z powodu resekcyj żołądka; szkoda że się nie odezwał wtedy, gdy jeden z profesorów wiedeńskich sprawę obsadzenia katedry uniwersyteckiéj przeniósł z Wydziału lek. na pole dziennikarskie.

* **Mianowania i odznaczenia.** W Wydziale lekarskim w Nancy mianowani zostali: Chrétien profesorem chirurgii a Heydenreich profesorem patologii zewnętrznéj.

* **Nekrologija.** D. 3 bm. umarł w Paryżu Emil Littré, członek Akademii i senator Rzeczypospolitéj francuskiéj, urodzony d. 1 lutego 1801 r. Zmarły miał sławę więcéj niż europejską jako filozof i filolog, a dzieło jego o historyi języka francuskiego (5 wyd. 1869 w 2 tomach), a głównie wielki słownik etymologiczny języka francuskiego, wychodzący od r. 1863, zapewniają mu nieśmiertelność. Niemniéj atoli drogą jest pamięć Littrégo dla świata lekarskiego; był on bowiem lekarzem i dokonał wydania dzieł Hippokrata *(Oeuvres completes d'Hippocrate*, Paris 1839—1861, tomów 10); znaczenie tego wydawnictwa dla historyi medycyny ocenił prof. Oettinger w Przegl. Lek. z r. 1879 (Nr. 27 et seq.).

Po długiéj chorobie umarł d. 6 bm. w Tarnowie Dr. Józef Demetrykiewicz, fizyk obwodowy i powiatowy, lekarz sądowy, prezes Sekcyi tarnowskiéj Tow. lek. gal., w 52 roku życia.

* Otrzymaliśmy list z Tarnowa. z którego wyjmujemy co następuje:

Dnia 7 czerwca rb. odprowadzono zwłoki śp. Dra Józefa Demetrykiewicza c. k. lekarza powiat. w Tarnowie na miejsce wiecznego spoczynku, gdzie nad grobem, skreślając żywot nieboszczyka, przemówił Dr. Henryk Kowalski. Śp. Dr. Józef Demetrykiewicz urodził się w r. 1828 we wsi Dunajowie pow. przemyślańskim z ojca Józefa a matki Anny Langheinig, lecz niestety już po śmierci ojca. Sierota więc od lat dziecięcych garnął się o własnych siłach do nauk. Ukończywszy we Lwowie w r. 1850 filozofiję, udał się na uniwersytet do Wiednia, gdzie suchy kawałek chleba i szklanka wody były nieraz jedyném pożywieniem tego, który ślęcząc w salach klinicznych uczył się, jak ulżyć cierpiącym bliźnim. Otrzymawszy w r. 1858 stopień Dra medycyny, chirurgii i magistra akuszeryi, do czego mu łaska dobrotliwego Monarchy, przez zapłacenie za niego taksy rygorozów dopomogła, powrócił do Galicyi, a osiadłszy w Złoczowie i ożeniwszy się z Antoniną Kuszpecińską rozpoczął swój zawód jako lekarz miejski i więzienny. W r. 1864 został mianowany lekarzem obwodowym w Sanoku a następnie w r. 1872 lekarzem powiatowym w Tarnowie. Mieszkańcy rozsianych chat, czy to na szczytach gór sanockich, czy też na dolinach Tarnowa pamiętają sumienną i gorliwą pomoc lekarską fizyka, który mimo nadwątlonego zdrowia bądź podczas mrozów i upałów, bądź to podczas słoty i pogody spieszył do nich z ratunkiem w ciężkich niemocach, jakiemi są ospa, tyfus, dyfteryja i cholera.

Mimo fizycznych cierpień zawsze pogodnego czoła, koleżeński, serdeczny i uprzejmy umiał sobie zjednać także między lekarzami sympatyję, tak iż go dwukrotnie swoim wybierali prezesem. Serdeczny dla kolegów niemniéj též był serdecznym i dla publiczności i urzędników, a bezinteresowność jego znaną była powszechnie. Wzorowy mąż, wzorowy ojciec, bardzo zdolny urzędnik, urodzony na Rusi z ojca gr. kat. wyznania, nie zapomniał także że jest obywatelem kraju. Jak waleczny żołnierz do walki, tak i on szedł mężnie do pracy, a ostatnia jego czynność urzędowa podczas poboru do wojska zakaziła krew jego w kwietniu rb. jadem tyfusowym, który mimo niestrudzonego ratunku najzdolniejszych kolegów, mimo niesłychanéj troskliwości rodziny, wreszcie kres życiu jego położył.

Piśmiennictwo lekarskie: Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w król. Galicyi i Lodomeryi z W. ks. krakowskiém, zebrał Dr. Julijan Olpiński. Tom IV (Suplement do Tomu III), Kraków 1881, in 8vo str. IX i 268.

W Nrze 28 Przegl. Lek. z r. 1880 zwróciliśmy uwagę szan. Kolegów na wydawnictwo pracowite i bardzo pożyteczne, którego wówczas pojawił się był Tom III, zawierający ustawy i przepisy zdrowotne, po r. 1870 ogłoszone. Obecnie mamy przed sobą spory tom, który właściwie składa się z dwóch odrębnych części. Pierwsza (str. 1—204) stanowi uzupełnienie tomu III, a więc obejmuje przepisy w tomie tym albo pominięte, albo po wyjściu onego (bo do końca r. 1880) ogłoszone, ostatnia (str. 205—268) jest podręcznikiem epizoocyj i oględzin bydła i mięsa. Brak takowego w języku polskim skłonił Dra O.—jak w przedmowie oświadcza—do ułatwienia lekarzowi praktycznemu zadania, jeżeli chce zapoznać się z przedmiotem; sam autor nie uważa téj pracy za oryginalną i przeciwnie podaje dzieła i rozprawy, które mu służyły za podstawę. Nie podobna więc przykładać do podręcznika tego miary, jaką stósujemy oceniając rozprawy oryginalne; jest on kompilacyją zręczną, ułożoną prawie na kształt katechizmu; znajduje on się może na miejscu nie bardzo właściwém wśród zbioru ustaw sanitarnych, ale ponieważ *superflua non nocent*, ostatecznie nie chcemy z tego powodu czynić autorowi zarzutu. Język po największéj części jest poprawny; uderzyło nas tylko wyrażenie „rozpoznanie różniczkowe," niestety w czasopismach i dziełach polskich dość często jeszcze używane, a raczéj nadużywane; z potworem tym radzibyśmy już nie spotykać się wcale, skoro można go zastąpić jednym wyrazem „rozróżnienie, odróżnienie."

Ustawy zdrowotne dawniejsze, tj. od r. 1772—1850, i od r. 1850—1870, mieścić się będą w dwóch osobnych tomach: 1szym i 2gim, które się zapewne wkrótce ukażą. Tom IV dedykowany jest protomedykowi Biesiadeckiemu. *L. B.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Lambla: Hematografija kliniczna; Kramsztyka: O nowych środkach sztucznego żywienia niemowląt; Niedźwieckiego: Uduszenie się miazgą pokarmową. — W *Medycynie* Nr. 23: Skórczewskiego: Bóle głowy, ich przyczyny, rozwój i leczenie (c. d.): Rumszewicza (w Kijowie): Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. I. Rzadki przypadek zaćmy częściowéj. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 3: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.).

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 15 b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Dr. Lutostański będzie miał odczyt dotyczący statystyki śmiertelności w Krakowie, a 2) kol. Dr. Pieniążek mówić będzie: „o duszności."

Sprostowanie. Na str. 315 w szpalcie 1széj w. 9 od dołu zamiast „nie byłby" ma być „byłby;" wiersz 4 od dołu zam. „rowkami" ma być „rurkami;" w szpalcie 2giéj w. 27 od góry zamiast „28°C." ma być „38°C.;" a na str. 316 szpalcie 1széj w. 10 od góry zamiast „27·1°C." ma być „37·1 C.°".

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.